

DES
INFECTIONS PUERPÉRALES
NON STREPTOCOCCIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Mardi 18 Avril 1899, à 4 heures de l'après-midi,

PAR

Léon VESQUE

Préparateur de Médecine légale

Né à Nancy le 6 Mars 1874

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DEMANGE	professeur.....	} <i>Président.</i>	
		WEISS	professeur.....		
		ÉTIENNE	agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		SCHUHL	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

DES
INFECTIONS PUERPÉRALES
NON STREPTOCOCCIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Mardi 18 Avril 1899, à 4 heures de l'après-midi,

PAR

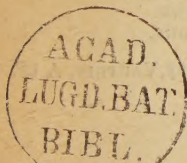
Léon VESQUE

Préparateur de Médecine légale

Né à Nancy le 6 Mars 1874

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DEMANGE	professeur.....	<i>Président.</i>
		WEISS	professeur.....	
		ÉTIENNE	agrége.....	<i>Juges.</i>
		SCHÜHL	agrége.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Doyen honoraire : M. TOURDES O *, I.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I, HERRGOTT *, I,

HECHT *, I, BEAUNIS *, I.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, A, professeur.
Pathologie externe.....	M. FROELICH, A, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH, A.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, ROHMER, I, VAUTRIN, A, REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, M, A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

INTRODUCTION

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La fièvre puerpérale, disait en 1858 Béhier dans une lettre à Trousseau, n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle. Ainsi entendue, elle doit, en effet, être reléguée au musée des antiquités. (Pajot, 1874.)

Ayant souvent des plaies dans la sphère génitale et ses annexes, en ayant toujours une physiologique au niveau de l'utérus, la nouvelle accouchée présente des portes ouvertes aux agents infectieux. La réaction de l'organisme vis-à-vis de ces agents, voilà la fièvre puerpérale.

Le streptocoque pyogène relèverait exclusivement, pour un grand nombre d'accoucheurs, la production de l'infection puerpérale. Les observations de la Maternité de Nancy, ainsi que les cas épars dans la littérature médicale,

montrent combien cette unification est trop absolue. Ce sont ces observations, où d'autres microbes interviennent, que nous nous proposons d'étudier dans notre travail, les séparant en deux classes : l'une dans laquelle l'infection est due à un seul agent microbien, l'autre dans laquelle l'infection incombe à plusieurs microbes associés.

Que cette infection soit généralisée, pyohémique, septicémique, pyo-septicémique, qu'elle soit localisée sous forme de métrite, salpingite, péritonite, phlegmon du ligament large... existent en effet des cas où le streptocoque manque, où la morbidité incombe à d'autres micro-organismes seuls ou réunis.

Ne sauraient entrer dans le cadre de notre travail les maladies infectieuses à microbes spécifiques et à symptomatologie particulière. Le tétanos puerpéral sera donc passé sous silence.

Nous n'éliminerons toutefois pas certains agents considérés comme spécifiques, tels que le bacille de Klebs-Löffler, le gonocoque de Neisser, parce que, dans certains cas d'infection puerpérale cliniquement semblables à ceux provoqués par les microbes non spécifiques,

l'examen bactériologique a décelé leur présence.

C'est sur les conseils de M. le Professeur agrégé Étienne que nous avons choisi ce sujet de thèse. Pour la rédaction de ce travail, notre maître ne nous a ménagé ni sa science ni ses conseils. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous avons toujours suivi avec grand intérêt l'enseignement si judicieux et si pratique de M. le Professeur Demange.

Durant les trois années pendant lesquelles nous avons été son préparateur, il nous a donné de nombreuses marques de sympathie. Nous l'en remercions bien vivement, ainsi que du grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à exprimer notre vive gratitude à tous nos maîtres de la Faculté qui ont contribué à notre instruction médicale, en particulier à MM. les Professeurs Herrgott, Weiss et Spillmann.

Que M. le Professeur agrégé Schuhl veuille bien également recevoir tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné, alors que nous fréquentions la clinique d'accouchements.

Nos amis Thiry et Bertemès nous ont rendu des services dont nous leur sommes très reconnaissant. La science bactériologique de l'un et la connaissance des langues étrangères de l'autre nous ont été d'un grand secours.

Quant à toi, mon cher Ancel, laisse-moi me féliciter ici de notre amitié et constater qu'elle va toujours en augmentant.

CHAPITRE PREMIER

Historique et état de la question

Dès 1862, Siefferman, élève de Stoltz, n'hésitait pas à admettre, dans sa thèse inaugurale, que la cause de l'infection puerpérale était un germe, un ferment de nature encore inconnue. S'aidant des méthodes pastoriennes qui venaient de naître, quelques expérimentateurs se mirent aussitôt à l'étude.

C'est ainsi que Mayerhofer, Rokitansky, examinant les lochies des femmes malades à la suite de couches, découvrent des vibrions mobiles, causes, suivant eux, de la maladie. Ces travaux nous apprennent bien l'existence de micro-organismes dans les lochies, mais, comme le fait remarquer M. Widai, n'apportent aucun éclaircissement sur la nature des germes pathogènes de l'infection puerpérale. C'est à Coze et à Feltz qu'était réservé de décrire les premiers (Tarnier) le microbe qui fut considéré dès lors comme l'agent infectieux le plus fré-

quent. Ces auteurs trouvent, dans le sang de femmes infectées, des microbes en chaînettes qu'ils essaient, sans succès, de cultiver dans l'eau sucrée. Ils constatent que l'inoculation de ce sang au lapin produit une septicémie infectieuse et adoptent le nom de septicémie puerpérale.

Recklinghausen, Waldeyer (1) firent faire un nouveau pas à la question en démontrant la présence de micro-organismes non seulement dans les lochies, mais encore à la surface des plaies puerpérales, dans les lymphatiques utérins, dans les infiltrations du tissu cellulaire, dans les exsudats des cavités séreuses. Ils décrivent la bactérie moniliforme dans les épanchements péritonéal, pleurétique et péricardique.

D'Espine (2) et Quinquaud (3), injectant des lochies putrides à des animaux, reproduisent des lésions se rapportant à la septicémie vulgaire.

Pour Orth (4), 1873, les bactéries cylindriques sont surajoutées venues de l'extérieur. Le germe de l'infection puerpérale est un micrococcus organisé tantôt en points globulaires mouvants, isolés, tantôt accouplés en nombre indéfini.

En 1876, M. Spillmann présente à la Société

(1) *Archiv. für gynecologie*, t. III.

(2) Thèse Paris, 1872.

(3) Thèse Paris, 1872.

(4) *Archiv. für anat. und patholog.*, 1873.

médicale de Nancy des préparations de sang pris à l'autopsie sur une femme morte de septicémie puerpérale. Ce sang, qui fut expérimenté par M. Engel, contenait de petits bâtonnets mouvants, de véritables bactéries. Afin que l'on ne pût supposer que le développement de ces micro-organismes était postérieur à la mort, M. Spillmann pratiqua avec les mêmes soins des recherches semblables sur différents cadavres, 24 à 36 heures après le décès; jamais il ne rencontra ces mêmes éléments.

Heiberg (1), Kehrer, Hugh-Miller (2), vers la même époque, admettent à la fois et vibrions et bactéries. Haussmann, de Berlin, reproduit les phénomènes septicémiques en injectant des matières septiques dans le vagin et l'utérus de lapines aussi bien après le part qu'en dehors de la parturition. Mais dans ce dernier cas l'infection n'eut lieu qu'après avoir déterminé une lésion sur la surface extérieure du vagin.

Profonde était donc l'obscurité qui entourait, en 1879, la nature du germe infectieux puerpéral. Pasteur (3) parut. Il parvint à isoler le microbe en chaînettes, à le cultiver; il en étudia les caractères, en montra le rôle prépondérant dans les infections puerpérales. Sous l'égide du maître, M. Doléris (4) publia, l'année suivante, sa thèse : « Essai sur la pathogénie et la théra-

(1) Virchowz. *Archiv.*, vol. CVI.

(2) *Edimbourg med. journal*, 1878.

(3) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1879.

(4) Thèse Paris, 1880.

peutique des accidents infectieux des suites de couches. »

Cet accoucheur décrivit quatre espèces différentes de micro-organismes dans l'infection puerpérale : un microbe en chaînettes, un autre en doubles points, un autre en points simples, enfin une bactérie septique. A chacun de ces divers genres M. Doléris attribue la faculté de déterminer une réaction spéciale de l'organisme, une forme particulière de la maladie.

C'est ainsi que la chaînette produit la pyohémie lente, le diplocoque, les suppurations rapides, la bactérie, la septicémie foudroyante évoluant sans suppuration ou avec fort peu de pus. La faveur de cette classification dura peu. M. Chauveau, en 1882, dans une communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, et M. Arloing, dans une note adressée à l'Académie des sciences, en 1884, démontrèrent d'une façon péremptoire que le streptocoque donnait toutes les formes de l'infection puerpérale suivant les procédés de culture mis en usage. Des recherches ultérieures prouvèrent également que les trois premières formes microbiennes de M. Doléris ne sont que les formes différentes d'un même organisme à diverses phases de développement. Chauveau et Arloing suivis par Kraenkel, Noeggerath (de Wiesbaden) se déclarèrent donc unicistes et ne voulurent incriminer, comme facteur de l'infection puerpérale, que le seul streptococcus.

En 1889, M. Widal (1), dans un travail des plus remarquables, accrédita encore davantage cette opinion. « L'infection puerpérale, écrit-il, est produite par le streptocoque pyogène pénétrant au niveau de la muqueuse utérine ulcérée. Cette porte d'entrée et la propagation des micro-organismes par les vaisseaux de l'utérus nous expliquent les diverses localisations de cette infection. La muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre qui laisse seulement passer le streptocoque pyogène à l'exclusion des autres microbes. »

La thèse de M. Widal fut presque exclusivement admise.

M. Haushalter (2) n'hésite pas à écrire que les diverses formes de l'infection puerpérale relèvent du même agent microbien, le streptocoque pyogène. Au Congrès international de gynécologie tenu à Bruxelles, en 1892, MM. Labadie-Lagrave et Basset, faisant l'étude bactériologique de la fièvre puerpérale ne parlent que du streptocoque et disent :

1° Au début et pendant la période fébrile on trouve du streptocoque en longues chaînettes dans le sang et dans les lochies. Au déclin de l'état aigu, les chaînettes disparaissent, on ne trouve plus que des microcoques qui disparaissent dans les septicémies rapides mais persistent dans les formes prolongées.

(1) Widal. Thèse Paris, 1889.

(2) *Revue médicale de l'Est*, 1890.

2° S'il survient une localisation ou une nouvelle poussée septicémique, on voit reparaître dans le sang le streptocoque en longues chaînettes.

M. le Professeur agrégé Chambrelent (1) regarde le streptocoque comme le microbe propre de l'infection puerpérale sans être toutefois spécial à cette maladie.

Basset écrit dans sa thèse que chez toutes ses malades, malgré la bénignité des symptômes, malgré l'existence de localisations variées, il a toujours pu déceler l'existence du streptocoque pyogène dans le torrent circulatoire.

M. Widal ne conteste pas que les infections puerpérales à porte d'entrée autre que l'utérus puissent être dues à d'autres microbes que le streptocoque pyogène. Nombreux sont en effet les cas où d'autres bactéries sont entrées à la faveur d'une plaie périnéale, vulvaire, mammaire. Témoin ces cas de mammites à staphylocoques, ces accidents puerpéraux dus à des eschares vulvo-vaginales où MM. Demelin et Parmentier ont obtenu des cultures pures de *bactérium-coli*.

Toutefois M. Widal néglige ces infections où manque la porte d'entrée utérine. La très grande majorité des cas lui donne raison. Dans douze observations de septicémie puerpérale terminées par la mort, cet auteur constate que douze fois les germes étaient partis de l'endomètre. De son côté, Bumm, dans cinq cas où il lui a

(1) Jourdan. *De la septicémie puerpérale*. Thèse de Bordeaux, 1893.

été donné de se livrer sur le cadavre à des recherches minutieuses, a pu faire les mêmes remarques : « Les processus développés au niveau du périnée, du vagin, dit le professeur allemand, restent circonscrits dans ces régions. Lorsque le virus ne parvient pas jusqu'à l'endométrium, les processus puerpéraux guérissent après avoir déterminé une réaction plus ou moins vive. » Aussi M. le Professeur agrégé Étienne peut-il, dans sa thèse, définir l'infection puerpérale : une pyosepticémie à point de départ utérin évoluant chez un sujet prédisposé par la puerpéralité ; cette origine n'étant parfois indiquée que par les anamnétiques, si bien que l'on pourrait alors se croire en présence de véritables pyosepticémies cryptogénétiques. Suivi par nombre d'accoucheurs, Frisith donne à cette notion une sanction pratique en conseillant de débiter toujours dans les cas de fièvre vive au commencement des suites de couches par une irrigation intra-utérine. Et Gill Wylie, à l'Association américaine de Gynécologie, constate en 1892 que tous les cas d'infection puerpérale pris au début sont curables par le lavage et le drainage de la cavité utérine. On aurait tort néanmoins de généraliser cette idée, témoin cette observation que M. le Professeur agrégé Bonnaire a eu l'obligeance de nous communiquer :

Trois jours après ses couches, une femme est atteinte de galactophorite ; le traitement habituel est institué, c'est-à-dire l'évacuation par

pressions manuelles du pus contenu dans les canaux galactophores. Le soir même de cette opération se produisit une énorme infiltration phlegmoneuse des tissus sus et sous-claviculaires de la région correspondant au sein infecté.

L'incision de ce phlegmon d'une étendue d'environ 0^m12 ne donna issue qu'à une sérosité citrine sans aucun globule de pus. La malade ne tarda pas à succomber, sans avoir présenté le moindre symptôme utérin. Ce fut une infection septicémique, consécutive à une infection locale purulente.

M. Bonnaire pense que les pressions pratiquées sur la glande amenèrent des ruptures dans les parois des canalicules ou des acinis, ruptures qui permirent la diffusion et la pénétration des agents microbiens.

Grande serait également l'erreur de croire que l'infection à porte d'entrée utérine ne saurait être causée que par le seul streptocoque pyogène. *A priori*, cette conception semble en effet trop simple et un peu extraordinaire.

« Pourquoi, dit M. Doléris, la plaie de l'utérus puerpéral, au contraire de ce qu'on observe pour les autres plaies, ne serait-elle apte à se laisser infecter que par un seul microbe au détriment des autres ? Y a-t-il une loi de microbiologie qui nous permette de penser qu'un microbe, fût-il le streptocoque, a son domaine réservé d'où les autres micro-organismes sont exclus ? »

De fait, la statistique du service de M. le Professeur Herrgott, ainsi que les observations éparses dans la littérature médicale, nous montrent que si le streptocoque est l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale classique (du Bousquet), nombre d'autres micro-organismes seuls ou associés apportent aussi leur contingent à la genèse de cette affection.

CHAPITRE II

De l'infection puerpérale utérine

La plupart du temps, l'infection résulte du manque de soins antiseptiques du côté de l'entourage. Étant au summum de réceptivité, la nouvelle accouchée constitue un terrain tout préparé à la culture et à la multiplication des micro-organismes. Aussi conçoit-on les désastreux effets d'un toucher septique, de l'emploi d'un instrument non stérilisé, du contact d'une atmosphère contaminée. (Guéniot, Tarnier.)

Outre les microbes venus du dehors, la femme peut, dans les suites de couches, recevoir les atteintes de ceux qu'elle recèle dans son économie. A cette auto-infection peuvent être assignés deux lieux d'origine : la filière génitale et une lésion locale quelconque de l'organisme.

« Une source d'infection puerpérale, plus rare que les autres, mais plus sévère encore

parce qu'elle est plus difficile à prévoir, écrit M. Chantemesse (1), est celle qui résulte de cultures dans l'utérus de germes qui n'ont pas été apportés du dehors, mais sont venus du dedans, c'est-à-dire du sang où ils avaient pénétré durant la grossesse. Certaines femmes qui ont des microbes dans leur sang pour une raison quelconque sont prises au bout de trois ou de quatre jours d'accidents infectieux très graves. En pareil cas, l'ouverture des sinus utérins aensemencé l'utérus ; et dès lors il s'est formé dans la cavité utérine un foyer où le microbe se développe à l'aise.

« A l'abri de l'oxygène, moins exposé à la phagocytose, il exalte sa virulence et de nouveau vient produire une deuxième infection sanguine bien plus grave que la première, parce que désormais le microbe a accru dans le sang sa masse et sa virulence. »

Des conditions nécessaires aux microbes, d'après M. Charrin, pour l'acquisition de nouvelles qualités, deux se présentent en effet dans l'utérus puerpéral complètement réalisées : un milieu de culture favorable, une chaleur suffisante et constante. De nombreuses cellules graisseuses en dégénérescence encombrant, ainsi que l'a montré Retzius (2), les parois utérines et, au lieu de servir à la phagocytose, concourent à la nutrition des bactéries.

(1) Chantemesse. *Le Progrès médical*, 29 mars et 10 mai 1890.

(2) *Congrès de Dublin*, 1887.

Dans un très intéressant article : *Puerpéralité et Microbisme préexistant*, M. Prioleau (1) (de Brive) apporte à cette idée la consécration d'observations fort concluantes. Empruntons quelques faits à cet auteur :

Une femme à terme est atteinte d'un embarras gastrique qui ne tarde pas à céder aux antiseptiques intestinaux (naphtol et salicylate de bismuth). L'accouchement survient. Il fut des plus faciles, trois heures, II^e pare. L'antisepsie la plus rigoureuse fut instituée. Quel ne fut donc pas l'étonnement, après deux jours apyrétiques, de constater une élévation de température, quelques vomissements, un frisson de moyenne intensité, du ballonnement douloureux du bas-ventre, des lochies rares et odorantes. On effectua des lavages vaginaux et utérins en plus de l'antisepsie intestinale, et la malade ne tarda pas à guérir.

Dans le cours d'une dothièmentérie de moyenne intensité, une femme enceinte de sept mois et demi sans lésions génitales antérieures, comme le prouva l'autopsie, accouche au douzième jour de la fièvre. Dès le début du travail on appliqua l'antisepsie génitale la plus rigoureuse à l'acide phénique. On redouble de soins après l'accouchement d'un enfant vivant. Malgré toutes ces précautions, trente-six heures à peine après l'accouchement, le ventre devint douloureux en bas; il se ballonnait, ne l'étant

(1) *Archives de Tocologie*, 1894, p. 10.

pas de par l'état intestinal. Il y eut un grand frisson suivi de quelques petits. La température qui, auparavant, oscillait entre 38° et 38°5, monta après le frisson à 40°2 pour ne plus redescendre. La langue se rôtit, alors qu'elle était simplement saburrale.

De plein, le pouls devint filiforme. Les lochies rares n'avaient pas pris d'odeur fétide sous l'influence vraisemblablement des nombreuses injections phéniquées. La mort survint le quatrième jour. A l'autopsie on trouva du pus dans la cavité et les parois de l'utérus, une péritonite purulente du petit bassin sans la moindre perforation intestinale.

Il est à regretter que M. Prioleau n'ait pas effectué des recherches bactériologiques. Il eût sans doute trouvé le bacille d'Eberth. Dans un cas analogue Dolbin (1) n'a ainsi rencontré que ce même bacille.

Avant l'ère bactériologique, Trousseau (2), Hervieux (3), Chaigneau (4) avaient déjà pressenti cette influence néfaste des maladies extra-génitales en notant la fréquence et la malignité des infections puerpérales à la suite de la scarlatine, de l'endocardite, de la variole.

En 1892, étonné du grand nombre et de la gravité des accidents puerpéraux chez les femmes

(1) *Americ. journ. of obst.*, juillet 1898.

(2) *Clinique médicale*, t. I, p. 123.

(3) *Traité des maladies puerpérales*, p. 871.

(4) Observation prise dans le service de Dubois.

en puissance d'influenza, M. Vinay (1) se demande si la grippe épidémique est capable à elle seule de provoquer directement l'éclosion de la fièvre puerpérale.

Tout récemment M. Satullo (2), étudiant les rapports des infarctus placentaires avec les maladies infectieuses de la mère, arrive à des conclusions qui éclairent singulièrement la question.

Cet auteur constate en effet que chez toutes les femmes dont les placentas présentent les dites lésions on retrouve soit dans les antécédents soit à l'examen l'existence d'une maladie infectieuse telle que : tuberculose, syphilis, paludisme, fièvre typhoïde, pneumonie, endométrie. Une simple coïncidence doit être rejetée ; car M. Satullo a toujours réussi à mettre en évidence, au niveau du placenta, les germes spécifiques de l'affection de la mère, abstraction faite, bien entendu, de la malaria et de la syphilis. Pour les maladies aiguës, l'étude histologique a montré que le placenta était le siège d'un processus inflammatoire en corrélation avec l'affection maternelle. Dans les infections chroniques il s'agissait, tantôt d'une lésion nettement spécifique, tantôt d'une banale dégénérescence fibreuse ou hyaline avec le plus souvent crétification consécutive.

En tenant compte de ces faits, il est très facile

(1) *Lyon médical*, 1892, février.

(2) *Arch. di oste. e gine.*, 1899, n^{os} 9 et 10.

de concevoir la possibilité et le mécanisme de la transmission d'une maladie infectieuse de la mère au fœtus. Mais, observation qui nous intéresse davantage, M. Satullo a remarqué que les microbes renfermés dans les infarctus placentaires ont été le point de départ, durant les suites de couches, d'une infection utérine sans qu'il y ait eu introduction de germes infectieux.

Pendant notre stage au service de M. le Professeur Herrgott, nous avons eu l'occasion d'observer un fait analogue : Marie G... entre, le 6 janvier 1897, à la Maternité; elle présente, à ce moment, tous les signes d'une bronchite d'intensité assez forte. L'accouchement s'effectue le 8 janvier. Le 9, la femme présente des accidents infectieux : frisson, 39°5 de température et 128 pulsations. Le sang et le tissu placentaire furent examinés bactériologiquement par notre ami Thiry, préparateur au laboratoire d'hygiène. A l'examen direct, ces organes montrèrent un diplocoque entouré d'un léger halo ainsi qu'un bacille; ils sont mis, le 9 janvier, en culture sur serum liquide, bouillon et gélose; le 13, on obtient des cultures pures d'un diplocoque en capsules, gardant le Gram, le pneumocoque de Talamon-Fraenkel.

La filière génitale peut, comme nous l'avons dit plus haut, être aussi la source d'une auto-infection.

Nombreux et très différents en conclusions ont été les travaux sur la bactériologie du va-

gin, du col utérin de la femme enceinte non malade. Normalement ces organes ne recèlent, d'après certains auteurs, aucun microbe pathogène; ils jouissent même d'un véritable pouvoir bactéricide dû à la sécrétion d'un bacille spécial cultivé par Döderlein. Pour le prouver, Krœnig et Menge (1) ont osé introduire dans le col, peu de temps avant la parturition, toute une série de microbes de virulence variable, depuis le bacille pyocyanique jusqu'à un streptocoque très virulent. Ils n'ont jamais provoqué d'accidents; tous les microbes introduits étaient disparus au bout de soixante-dix heures au plus tard. Dans les premiers jours des suites de couches, cette acidité et ce pouvoir bactéricide n'existeraient plus d'après les mêmes observateurs (2); aussi remarque-t-on souvent dans le vagin des nouvelles accouchées divers agents pathogènes staphylocoques, streptocoques, *bacterium coli*...

Quoi qu'il en soit, on a trouvé dans le vagin de nombreuses femmes enceintes des germes à propriétés virulentes et pathogènes comme l'oïdium albicans, le streptocoque, le *bacterium coli* commune, le staphylocoque blanc et doré. Sur onze examens de mucus vaginal de femmes saines, M. Widal a pu retirer deux fois des cultures de streptocoque pyogène. Après de longues et minutieuses recherches, Strogonoff conclut que

(1) Krœnig, Menge. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n^{os} 43, 45, 48.

(2) *Wiener medic. Presse*, 1897, n^o 52.

le vagin ne contient que peu de microbes. Une exception existerait pour la période cataméniale, la durée de la gestation et les suites de couches ou d'avortement. On noterait surtout le streptocoque et le micrococcus pyogenes aureus.

Ces microbes peuvent très bien s'implanter dans la muqueuse et, malgré le déplissement des parois vaginales, ne pas être expulsés par l'écoulement amniotique ou le passage du fœtus. Grâce soit à leurs propres mouvements, soit à l'aide d'un doigt, d'un instrument obstétrical même aseptique, ils pourront gagner l'utérus et déterminer ainsi une véritable auto-infection.

Des états pathologiques de la sphère génitale relèvent également nombre d'accidents infectieux durant les suites de couches. La part la plus large en revient au gonocoque de Neisser, puis au streptocoque, au staphylocoque. Ces cas, véritables infections inévitables (Dolérís), ne sauraient incriminer le manque de soins antiseptiques de la part de l'accoucheur. Ils sont sous la dépendance d'une vulvo-vaginite, d'une métrite, d'une inflammation des annexes. Ces affections peuvent être contemporaines à la grossesse, l'agent infectieux par conséquent en pleine force au moment du parturium, ou bien, datant d'une époque éloignée, ne trahissent leur présence par aucun signe, lorsque l'accouchement réveille le germe morbide et lui procure une nouvelle vitalité.

Pour être peu fréquents (Budin), ces faits ne

doivent pas être négligés et doivent être regardés comme une indication de plus à pratiquer une rigoureuse antisepsie. Pour corroborer cette idée, citons d'une manière succincte deux observations empruntées à M. Sécheyron (1).

Femme de 31 ans ; primipare à terme, suites de couches légères. Métrite cervicale consécutive ; leucorrhée, hypertrophie cervicale. — Seconde grossesse : accouchement à terme, forceps avec antisepsie et néanmoins nouvelle atteinte de métrite sévère. Guérison.

Femme de 35 ans, névropathe ; fièvre typhoïde à 15 ans ; crises hystériques à 23 ans ; chloro-anémie ; pertes blanches après les règles ; douleurs pendant la marche et la station debout. Accouchement à terme, normal, spontané. Accidents graves de métrite purulente et de salpingite malgré l'antisepsie la plus rigoureuse. Amélioration lente, mais graduelle ; persistance des signes de salpingite chronique, deux ans après l'accouchement.

Triomphant, le microbe annonce sa victoire par une élévation de température. « La femme prise de fièvre dans le premier septenaire après l'accouchement, surtout du troisième au cinquième jour, écrit M. Charrier (2), avec ou sans frissons, avec ou sans lochies fétides, est une femme infectée. » Qu'on ajoute la céphalal-

(1) *Archives de Tocologie*, 1893.

(2) *Archives générales de médecine*, août 1891.

gie, l'inappétence, la sensibilité de l'utérus, l'aspect sale de la langue, et l'on aura le tableau pouvant être présenté par l'infection puerpérale en pleine évolution. Voie lymphatique, voie sanguine, continuité des tissus, telles seront les routes qu'elle empruntera pour se généraliser.

CHAPITRE III

Infections puerpérales monomicrobiennes

1° Infection puerpérale due au staphylocoque

Au staphylocoque, qui produit tant de supurations et qui se trouverait dans le vagin dès la douzième heure qui suit la naissance (Vahle), devait rationnellement incomber la production d'infections puerpérales.

Dès 1880, bien avant les travaux de Ogston et de Rosenbach, M. Doléris avait retiré du sang de nouvelles accouchées infectées des micro-organismes qui, mis en culture, avaient donné le produit caractéristique du staphylococcus pyogenes aureus, la coloration jaune orange.

Au Congrès obstétrical de France (avril 1892), M. Doléris, revenant sur ces observations, revendique le droit de dénommer staphylococcus pyogenes aureus, nom qui n'était pas encore créé en 1880, ces microbes en groupe, donnant sur culture une coloration jaune orange.

Des recherches ultérieures entreprises avec

des méthodes plus perfectionnées font une loi d'admettre le staphylocoque comme une des causes d'infection puerpérale.

Bumm, examinant la muqueuse utérine infectée après l'accouchement, y rencontre plusieurs fois des staphylocoques pyogènes ; et Brieger rapporte quelques faits d'infections puerpérales où il n'a pu déceler que les mêmes microbes. Dans les cas cités par Bumm, les accidents auraient été relativement bénins ; tandis que, dans ceux observés par Brieger, la mort serait survenue rapidement.

On a encore signalé la présence du staphylocoque dans la forme lymphangitique de l'infection puerpérale (Dæderlein), dans le pus des annexes (Kuleska), dans la péritonite généralisée, dans le pus des abcès métastatiques de la forme pyémique (Widal).

Se basant néanmoins sur ce qu'il est fort rare de rencontrer le staphylocoque à l'état de pureté, sur ce que, dans les quatre cas où M. Widal l'a rencontré conjointement au streptocoque, deux fois il avait été surajouté, certains auteurs se croient autorisés à douter de son rôle pathogène.

Les observations qui suivent, où seule la présence du staphylocoque a été relevée, mettent hors de doute cette action.

OBSERVATION I

En 1891, une femme nouvellement accouchée est amenée à l'hôpital Saint-Louis. L'accouchement remonte à trois jours.

La malade présente tous les signes d'une infection puerpérale. Frissons. Fièvre, 41°. Lochies purulentes. En quelques heures, à peine une après-midi, la malade fit un énorme phlegmon de la parotide.

La mort arriva cinq heures après l'apparition de ce phlegmon parotidien.

L'examen bactériologique fut pratiqué par M. Netter, qui obtint une culture pure de staphylocoque.

Cette observation de M. Bonnaire doit être acceptée avec restrictions, la provenance du pus examiné n'étant pas spécifiée.

OBSERVATION II

(SABRAZÈS et FAGUET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1894, p. 1309.)

Infection puerpérale staphylococcique ; pelvi-péritonite.
— *Endocardite ulcéro-végétante ; parotidite suppurée d'origine embolique.*

Nathalie G... entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le Professeur Lanelongue, le 6 août 1894, pour des suites de couches pathologiques.

Elle a eu trois grossesses : la première, à l'âge de 23 ans, fut tout à fait normale ; la deuxième, à l'âge de 27 ans, évolua aussi sans accidents pathologiques ; la troisième, qui est la grossesse actuelle, date du commencement du mois de mai 1894 et n'offre à signaler aucune particularité jusqu'au 8 juillet : ce jour-là, Nathalie G...

reçut un morceau de bois sur la tête, fit une chute dans son escalier et eut une syncope. Le lendemain, vers midi, la malade commença à avoir des métrorragies accompagnées de coliques utérines et dut s'aliter. Les pertes et les douleurs continuèrent, et, le 10 juillet, apparurent des frissons ; les pertes avaient déjà, au dire de la malade, une odeur fétide.

Ces mêmes symptômes, augmentant d'intensité les jours suivants, nécessitèrent, le 16 juillet, l'entrée dans le service de la clinique obstétricale : on constate, à ce moment, tous les signes d'une infection puerpérale : l'abdomen est ballonné, douloureux à la pression ; de la vulve s'écoulent des lochies fétides. Au toucher vaginal, le col est gros, ramolli, déchiré au niveau de ses deux commissures, mais surtout du côté gauche ; les culs-de-sac sont empâtés et douloureux ; l'utérus augmenté de volume, douloureux à la pression, est immobilisé. Quelques nausées. Pouls à 130, température à 39°. Injections vaginales et intra-utérines antiseptiques ; sulfate de quinine (1 gr.) ; lait.

17 juillet. — L'état général est mauvais ; frissons ; température à 40°. Curetage : on retire de l'utérus 80 à 100 grammes de débris placentaires, en partie putréfiés et insérés sur la paroi antérieure.

Cette intervention est suivie d'une longue irrigation intra-utérine antiseptique et d'un écouvillonnage de la cavité avec des tampons de ouate imprégnés d'une solution phéniquée à 5 p. 100.

L'hystérométrie pratiquée à l'aide de la curette donne environ 0^m,12. On bourre le vagin de tampons de ouate iodoformée.

A midi, la température est à 40° ; à 5 heures du soir, à 38°,8 ; pouls à 132 ; facies terreux ; piqûres d'éther.

18 juillet. — Température du matin, 37°,8 ; du soir, 38°,4. Douleur assez vive dans toute la région sous-ombilicale.

19 juillet. — Albumine dans les urines. Température du matin, 39°,5 ; du soir, 39°,8.

20 juillet. — Température du matin, 38°,2 ; du soir, 37°,2. A partir de ce jour, l'amélioration se manifeste nettement. Apyrexie.

26 juillet. — Quelques traces d'albumine dans les urines. L'état général reste satisfaisant et la malade, en bonne voie de guérison, quitte l'hôpital sur sa demande, le 28 juillet.

Nathalie G... ne continue pas les soins antiseptiques qui lui ont été conseillés ; des phénomènes d'infection se reproduisent bientôt et l'amènent au service de clinique chirurgicale.

6 août. — Le facies est très altéré ; le pouls est petit, filiforme, difficile à compter ; la respiration est dyspnéique, la langue est sèche. L'abdomen est ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais plus particulièrement dans la zone sous-ombilicale. Le palper, même très superficiel, est tout à fait impossible. Il s'écoule de la vulve des pertes purulentes fétides, assez abondantes. Toucher vaginal : col gros, béant, ramolli, déchiré surtout du côté gauche ; les culs-de-sac sont empâtés et douloureux ; le corps de l'utérus, en position normale, est augmenté de volume, douloureux à la pression, immobilisé. Les annexes ne sont pas accessibles, la douleur rendant le palper bimanuel impossible.

Le toucher rectal confirme ces divers symptômes. Urines rares, diarrhée fétide, quelques vomissements. L'examen des poumons révèle des signes de bronchite chronique avec emphysème ; les bruits du cœur sont très précipités, mal frappés ; pas de bruits de souffle.

7 août. — Même état. Température du matin, 38°,2 ; du soir, 39°.

8 août. — Pas d'amélioration. La malade accuse en outre une douleur assez vive au niveau de la région parotidienne droite, qui est très tuméfiée. Langue sèche ; pas de toux ; dyspnée.

9 août. — Aggravation notable ; cris incessants. Température : matin, 38° ; soir, 38°6. Pouls petit, filiforme,

irrégulier. La dyspnée présente le type de Cheyne-Stokes : l'auscultation révèle toujours des signes de bronchite chronique avec emphysème ; quelques râles de congestion pulmonaire aux deux bases. Les urines, examinées, ne renferment que des traces d'albumine. La diarrhée fétide persiste, malgré les lavements boriqués donnés deux fois par jour.

10 et 11 août. — Même état. La région parotidienne droite est beaucoup plus tuméfiée et œdématiée ; la palpation y révèle de la fluctuation.

Enfin la mort survient le 12 août, à 5 heures du soir.

Nécropsie le lendemain, à 10 heures du matin. Tout le petit bassin est rempli de pus dans lequel baignent l'utérus, les annexes et quelques anses intestinales agglutinées.

L'utérus est gros ; ses parois sont épaissies, infiltrées de pus. Les trompes sont dilatées, remplies de pus ; les ovaires sont rouges, tuméfiés ; ovarite suppurée à droite.

Les reins offrent l'aspect du gros rein blanc.

Le foie est pâle. Les poumons sont emphysémateux et congestionnés aux deux bases. Quelques infarctus suppurés.

Le myocarde est mou et décoloré. On trouve sur les valvules mitrale et tricuspidiennne des lésions très marquées d'endocardite ulcéro-végétante récente. La glande parotide droite est suppurée.

Examen bactériologique : Dans le pus recueilli dans le foyer, l'examen montre des amas de cocci ; la culture donne le staphylocoque orange. Le pus du petit bassin révèle les mêmes caractères.

Lesensemencements du sang du cœur droit restent stériles ; le frottis des végétations mitrales renferme des cocci ; la culture a reproduit à l'état de pureté le staphylocoque orange ; de même pour le pus des infarctus blancs du poumon.

OBSERVATION III

(FRAENKEL. — *Société de Médecine interne de Berlin*,
6 déc. 1897.)

M. A. Fraenkel communique l'observation d'une domestique, âgée de 23 ans, qui entre dans son service à la fin du mois de novembre. Elle présentait de la gangrène de plusieurs doigts et de plusieurs orteils. Fièvre, frissons, tous les symptômes d'une infection septique. On constata que cette femme avait récemment fait une fausse couche. Les accidents infectieux allèrent en augmentant et la femme ne tarda pas à succomber. L'examen bactériologique du sang décéla la présence d'innombrables colonies de staphylocoques à l'état de pureté; il s'agissait donc d'une véritable staphylococcémie. A l'autopsie on trouva en outre une endocardite végétante à formation toute récente.

OBSERVATION IV

(GIRODE. — *Archives générales de médecine*, 1892, I, p. 424.)

Avortement au troisième mois. — Symptômes d'ictère infectieux avec frissons répétés, tuméfaction du foie et de la rate, albuminurie. — Mort dans un état typhoïde. — Autopsie. — Infection généralisée des organes par le bactérium coli commune. — Infection partielle à staphylocoques.

Marie P..., 39 ans, ménagère, entre le 2 mai à l'hôpital Beaujon.

Bonne santé habituelle et hygiène régulière. Sept grossesses antérieures heureusement terminées, avec suites de couches toujours normales.

La malade, enceinte pour la huitième fois d'environ deux à trois mois, entre à l'hôpital à l'occasion d'un avortement commencé au dehors; le fœtus a été expulsé le 2 mai, à 9 heures du matin; les annexes sont retenues dans l'utérus. La perte sanguine a été assez abondante et continue sous une forme plus modérée. A l'entrée, température, 37°,8.

Etat actuel : La malade est très déprimée et répond à peine aux questions. Les téguments présentent une teinte subictérique manifeste; la coloration est plus prononcée au niveau des conjonctives et sur le plancher buccal.

Anorexie. Langue saburrale. Enduit gingival. Nausées persistantes. Vomissements bilieux répétés. Constipation. Urines rares, foncées, troubles, fortement albumineuses. Réaction des pigments biliaires.

Le ventre est à peine saillant, tendu, douloureux spontanément et à la pression, surtout au-dessus du pubis. L'utérus reste assez développé. Le col est entr'ouvert; la lèvre postérieure est saillante et tuméfiée; on n'atteint aucune partie ressemblant au placenta.

L'utérus est peu mobilisable. L'écoulement lochial est modéré, sanguin, inodore.

Le foie est très légèrement augmenté de volume et déborde un peu les fausses côtes droites. La rate est aussi un peu hypertrophiée.

Appareil thoracique en apparence sain. Pouls un peu fréquent et mou. Peau sèche. Température, 38°.

Le 3, grand frisson d'une demi-heure de durée. Prostration très marquée. La teinte jaune des téguments est plus intense; on a tous les signes d'un ictère aigu très caractérisé. Le ventre est à peine plus ballonné. Langue sèche; cessation des vomissements. Transpiration, urines très rares, bilieuses, troubles et albumineuses. A trois heures, nouveau frisson.

Le 4, la malade est en plein frisson à neuf heures du matin. Facies altéré. Aspect typhoïde. Température, 38°. L'ictère est encore plus foncé. Urines rares. Lochies rous-sâtres, fétides.

Le 5, on a fait l'extraction artificielle de lambeaux placentaires et de quelques caillots retenus dans l'utérus. Pendant la journée, l'état est stationnaire, typhoïde, sub-délire, agitation.

Vers la fin de la journée, l'état s'aggrave, les vomissements muqueux et bilieux reprennent et deviennent incessants. Le ballonnement du ventre est resté le même. L'écoulement lochial est faible, peu teinté, non fétide (à cause des fréquentes injections de sublimé). Température, 37°,6.

Le 6, prostration extrême. Connaissance presque perdue. Suppuration conjonctivale. Lèvres exulcérées. Il se produit encore quelques vomissements. Les bruits du cœur sont faibles. Pouls filiforme et incomptable. Température, 37°,2.

La malade meurt le 7 mai, vers cinq heures du matin.

Autopsie : Vaste thrombus paragénital gauche empiétant sur la fosse iliaque et entourant l'S du colon. Ilots pyonécrosiques et dégénération vitreuse spéciale dans le foie. Petit abcès rénal, le liquide péritonéal, le pus de l'abcès du rein renfermaient du strophyllococcus pyogenes albus ; les mêmes liquides et tous les autres organes contenaient en plus ou moins grande quantité le coli-bacille.

De cette observation ainsi que de plusieurs autres citées à la suite, M. Girode tire cette conclusion que la puerpéralité est une des conditions étiologiques les plus actives des infections avec ictère. Cliniquement alors peut se trouver, très diminué, le symptôme le plus important de l'infection puerpérale, la fièvre. 38°, telle a été, en effet, dans le cours de la maladie relatée plus haut, la température la plus élevée.

Ces observations à pronostic si sombre pourraient laisser entendre que l'infection staphy-

lococciqne est toujours fort grave chez la nouvelle accouchée. En réalité, il existe des infections staphylococciqnes bénignes comme il existe des infections streptococciqnes bénignes, témoins les cas ci-dessous :

OBSERVATION V

(KLEINKNECHT. -- Thèse de Strasbourg, 1895.)

Elisabeth R..., 34 ans; huit couches. Diagnostic clinique :

Para et péri-métrite double après avortement de quatre semaines. Guérison.

L'exsudat séreux est trouble, ne sentant pas mauvais. En préparations microscopiques on voit de nombreux coccus réunis en grappe.

On les isole; les cultures donnent du staphylocoque pyogène blanc et du staphylocoque pyogène doré.

OBSERVATION VI

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. DOLÉRIS.

Une femme entre, le 10 juin 1898, au soir, à l'hôpital pour métrorrhagie. Elle a fait un avortement d'environ cinq mois. La délivrance a été incomplète. La température est de 29°. On procède à un curettage de la cavité utérine suivi d'un écouvillonnage. Une injection intra-utérine antiseptique est faite. Pendant cinq jours consécutifs la température est demeurée élevée, oscillant entre 38°,5 et 39°,6, malgré un deuxième curettage. Peu à peu, les symptômes de métrite s'amendèrent et la malade quitta le service complètement rétablie.

L'examen du pus recueilli dans l'utérus fut fait par M. Bourges, qui trouva des straphylocoques.

OBSERVATION VII

(Inédite.)

(Maternité de Nancy. — Année 1897. — Observation 419.)

Rétention des membranes. — Curage digital. — Curettage. — Infection due exclusivement à des straphylocoques.

Marie G... accouche le 17 octobre d'un fœtus à terme. 45 minutes après l'expulsion, le placenta appuyant sur le périnée, on pratique la délivrance par expression. Le placenta se présente par la face utérine ; il est complètement découronné.

18 octobre. — Température : le matin, 37° ; le soir, 38°.

A l'aide de la main introduite dans l'utérus on extrait les membranes. Elles sont enveloppées de caillots noirsâtres, ne sont pas odorantes. Injection intra-utérine.

19 octobre. — Température : matin, 37° ; soir, 38°. Injection intra.

20 octobre. — Température : matin, 37°,3 ; soir, 38°,1. Injection intra.

21 octobre. — Température : matin, 36°,8 ; soir, 38°,4. Injection intra.

On fait en plus un curage digital et un curettage, suivis d'un écouvillonnage et d'un tamponnement intra-utérin.

22 octobre. — Température : matin, 37°,8 ; soir, 39°. On retire le tampon, qui a une odeur fétide.

23 octobre. — Facies un peu grippé. Douleurs lombaires. Température, 39°,6 et 38°,2.

24 octobre. — Diarrhée. Herpès labial.

Jusqu'au 31 octobre, jour où elle sort, la malade a des élévations de température tous les soirs ; trois injections intra-utérines par jour et 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Examiné à plusieurs reprises, le liquide utérin ne donna que des cultures de staphylocoques, surtout du staphylocoque doré.

2° Infection puerpérale à pneumocoques.

Si la présence du pneumocoque dans le sang est exceptionnelle, il n'en est pas moins indubitable que ce microbe peut y exister.

La transmission de l'affection de la mère au fœtus en est une preuve. Thorner, Netter, Lévy ont trouvé du pneumocoque dans le sang, les poumons, les méninges, et en général dans tous les viscères de fœtus de femmes atteintes de pneumonie mortelle ou non. Et M. Netter a constaté le même microbe dans la muqueuse de l'utérus non gravide de femmes atteintes de pneumonie ou d'endocardite ulcéreuse à pneumocoques.

Parvenu à la matrice en état de puerpéralité, le pneumocoque trouvera un milieu de culture idéal et pourra déterminer une infection. L'observation suivante, rapportée par Czernietzka, en est un très bel exemple.

OBSERVATION VIII

(CZERNIETZKA. — *Prag. med. Woch.*, 1894, n° 19.)

Une femme de 25 ans, quelques jours avant son accouchement, contracte une pneumonie droite compliquée de phénomènes méningitiques ; elle accouche d'un enfant vi-

vant qui succombe au bout de trente-six heures, et meurt à son tour cinq jours après, avec des phénomènes d'infection puerpérale.

A l'autopsie de la mère, on trouva une pneumonie fibrineuse droite, une rhinite suppurée, une méningite suppurée principalement de la base, une endocardite végétante surtout accusée au niveau de la valvule mitrale, une dégénérescence du foie, une métror-lymphangite suppurée à côté d'une ancienne périmétrite chronique adhésive.

L'examen bactériologique des organes et des sécrétions de la mère, de même que celui des poumons de l'enfant, montrèrent l'existence d'une infection par le pneumocoque de Fraenkel-Weichselbaum.

La succession des phénomènes a été la suivante, d'après l'auteur : d'abord une rhinite suppurée à pneumocoque, puis pneumonie, méningite et endocardite. La voie sanguine contaminait ensuite le fœtus et l'utérus.

Les travaux modernes ont démontré que le développement du pneumocoque en un point quelconque de l'organisme n'est pas fatalement subordonné à un séjour préalable dans le poumon.

La relation de l'autopsie, ci-dessous, le témoigne fort bien pour une localisation utérine à la suite d'une pleurésie séro-fibrineuse.

OBSERVATION IX

(WEICHSELBAUM. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1888.)

Le 2 mars 1888, j'autopsiai une femme qui était morte deux jours après son entrée à l'hôpital. Les deux cavités

pleurales contiennent un exsudat très abondant, séro-fibrineux. Aucune trace de pneumonie.

L'utérus montre des lésions puerpérales ; il est plus gros que le poing ; ses parois sont friables et blanc grisâtre ; dans la cavité, liquide épais, rouge foncé. La surface interne du corps utérin manque de muqueuse ; elle est formée par un tissu mou rougeâtre avec une surface dilacérée ; au point d'insertion du placenta existe un enduit très épais et gris. La muqueuse du col est tuméfiée et porte dans la moitié supérieure un exsudat adhérent, assez épais, jaune gris. Dans les trompes, dans les ligaments larges, dans la cavité péritoine, rien à signaler.

Des cultures sur agar avec l'exsudat des plèvres et de l'endométrite donnèrent des cultures de diplococcus encapsulés.

Que le point d'entrée du pneumocoque soit un lieu quelconque, que ce soit les fosses nasales, les bronches, le poumon même (Boulay), il ne s'ensuit pas fatalement que cet endroit réagisse, il ne s'ensuit pas qu'il présente nécessairement une inflammation. Le pneumocoque pourra donc, venant des voies aériennes, infecter directement l'utérus sans qu'on ait constaté une lésion préalable. Cette possibilité ne devra pas cependant faire écarter les cas où la nouvelle accouchée a été infectée par le pneumocoque de par le manque de soins antiseptiques de l'entourage. Car, ainsi que le fait remarquer Freudenberg (1), on peut également penser que les pneumocoques contenus dans les produits de l'expectoration ou de la sécré-

(1) *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den Pathogenen Mikroorganismen*, 1894, p. 77.

tion du nez ont pu être introduits dans le vagin à l'occasion de l'application du forceps ou des soins donnés à l'accouchée par l'infirmière et ont ainsi déterminé la maladie puerpérale.

Quoi qu'il en soit, les faits d'infection puerpérale pneumococcique sont très rares dans la littérature médicale. Aussi est-on étonné, en compulsant les archives de la Maternité de Nancy, de voir relativement si nombreux les cas d'accidents infectieux puerpéraux relevant du pneumocoque soit seuls, soit associés à d'autres microbes.

Nous en avons relaté six cas, dont deux publiés par M. le Professeur Herrgott et un par M. le Professeur agrégé Schuhl.

OBSERVATION IX

(SCHUHL. — *Revue médicale de l'Est*, 1897, p. 383.)

Infection puerpérale à pneumocoque. — Angine et pleurésie consécutive. — Ophtalmie purulente de l'enfant.

La nommée Eugénie V..., domestique, âgée de 24 ans, secondipare, entre à la Maternité le 3 septembre 1896.

Depuis le début de la deuxième grossesse, elle est atteinte d'une leucorrhée abondante.

Le 3 septembre, à minuit et demi, elle a ressenti les premières douleurs de l'accouchement. A six heures du matin, la parturiente expulse une fille pesant 3,320 grammes. Elle est à la Maternité depuis quatre heures du matin.

Environ dix minutes après l'expulsion du fœtus, survint

une hémorrhagie abondante, par inertie utérine, qui cessa après l'extraction du placenta et des caillots et après qu'on eut pratiqué une injection intra-utérine chaude. Le chorion, adhérent à la paroi utérine, ne put être extrait.

A neuf heures du matin, l'accouchée est pâle, l'utérus mou, volumineux ; un écoulement sanguin peu abondant se fait par la vulve. L'inertie utérine s'est donc reproduite. Pour la combattre, on introduit la main dans l'utérus et on extrait les caillots qui y sont contenus.

On retire en même temps une portion de membranes.

Une injection intra-utérine chaude avec une solution iodée arrête définitivement l'hémorrhagie.

Le jour suivant (4 septembre), la température, normale le matin, s'élève le soir à 37°,6.

Le 5 septembre, le matin, température, 37°,5 ; le soir, température, 38°,5. Pouls. 120.

Les lochies ne sont pas fétides, le ventre n'est pas sensible.

A cause de l'élévation de la température, on fait une injection intra-utérine avec une solution de permanganate de potasse qui ramène quelques lambeaux de membranes.

Le 6 septembre, la température est, le matin, 38°,2 ; pouls, 120.

On fait une deuxième injection intra-utérine. Mais, malgré cette injection, la température monte le soir à 38°,9 et le pouls reste à 120.

Le même soir, le curettage utérin est pratiqué. Quelques fragments de membranes et des villosités choriales sont retirées.

L'opération est terminée par un écouvillonnage, puis l'utérus et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée.

Le lendemain (7 septembre), température, 37°,5. Pouls, 116. — Le soir : température, 39°,2. Pouls, 124. — Céphalgie intense. Nouvelle injection intra-utérine.

8 septembre. — Température : matin, 38°,8 ; soir, 38°,2.

On constate l'existence d'une angine avec une petite fausse membrane sur l'amygdale droite.

9 septembre. — Température : matin, 36°,8 ; soir, 36°,3. Elle est ensuite restée normale pendant près d'un mois. L'angine disparut au bout de quelques jours.

Pendant le temps où l'apyrexie a été complète, un écoulement abondant existait au niveau des parties génitales.

30 septembre. — Douleurs dans la fosse iliaque gauche.

3 octobre. — Utérus volumineux et de chaque côté tuméfaction des annexes, qui sont très douloureuses à la pression.

2 octobre. — Température : soir, 38°,5.

12 octobre. — Pleurésie double.

Au début du mois de novembre, la femme sort de la Maternité, bien qu'il y ait encore un peu d'empâtement et de légères douleurs de chaque côté de l'utérus.

L'enfant de la malade fut atteint d'ophtalmie double.

Les lochies recueillies dans l'utérus, la fausse membrane provenant de l'angine de la mère, le pus de l'ophtalmie de l'enfant furent soumis à l'examen bactériologique.

M. Thiry, après des recherches minutieuses, regarde le pneumocoque de Talamon-Fraenkel comme la cause de tous les accidents.

Outre la réalité d'une infection puerpérale à pneumocoque, cette observation démontre la possibilité d'une pneumococcie à point de départ utérin (angine avec fausse membrane, pleurésie double avec épanchement) sans signes cliniques de retentissement de l'infection sur le poumon.

A la Société de médecine de Nancy, le 26 mai 1897, notre maître, M. le Professeur Herrgott, rapporte les deux cas suivants de pneumococcie observés pendant la puerpéralité.

OBSERVATION XI

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme chez laquelle on avait été obligé de pratiquer une basiotripsie et qui avait présenté au niveau de la vulve et du vagin des plaques d'aspect gangréneux que l'examen bactériologique, contrôlé par M. le Professeur Macé, a démontré être uniquement formées par des pneumocoques. Cette femme se rétablit assez rapidement.

OBSERVATION XII

Une femme atteinte de placenta prævia est tamponnée et amenée à la Maternité, où l'accouchement est terminé par la version sur les pieds. Deux jours après, on trouvait sur les parois vaginales et sur le col des plaques de sphacèle.

L'exsudat recueilli avec toutes les précautions antiseptiques habituelles, sur le vagin, dans le col et dans la cavité utérine ayant été mis en culture au laboratoire de l'Institut sérothérapique, a été reconnu comme contenant exclusivement du pneumocoque. Il y avait absence complète de streptocoques et de staphylocoques. Malgré tous les soins dont la malade était entourée, l'état général restait mauvais et la température était toujours élevée ; malgré cela, la malade voulut rentrer chez elle. Quelque temps après, on dut ouvrir un abcès qui pointait vers l'orifice interne du canal inguinal ; le pus crémeux qui s'en écoula, examiné par le Docteur Pillon, contenait des pneumocoques. Il se produisit une pleurésie à gauche avec léger épanchement fibrineux. Quelques jours après, la malade succombait aux suites de l'infection.

Ces trois cas se produisant successivement

à la Maternité, M. le Professeur Herrgott se comporta comme si l'on était en présence d'une infection puerpérale à streptocoques. Une désinfection complète du service fut effectuée, et les faits de ce genre ne se représentèrent plus.

3° Infection puerpérale due au coli-bacille.

Hôte normal de l'intestin, où habituellement il se comporte comme un saprophyte, le coli-bacille peut, dans certaines conditions, y acquérir des propriétés très virulentes. Sont de ces causes les troubles physiologiques de la grossesse : la compression de l'intestin, la constipation, le traumatisme de l'accouchement.

« Vers le huitième jour des couches, dit M. Bonnaire (*Tribune Médicale*, 28 juin 1894), survient alors une violente céphalée, la langue est saburrale, l'haleine fétide, la température monte à 38°, 39° ; le ventre est ballonné et sensible au palper, mais l'utérus demeure indemne. Il suffit alors de prescrire un léger purgatif, un lavement, pour voir cette fièvre, produite par une auto-intoxication due à la coprostase, tomber comme par enchantement. »

Ces cas, observés par tous les accoucheurs et qui ont servi de sujet à une très intéressante leçon de M. Budin (*Semaine Médicale*, 1893, p. 141), n'ont pas toujours un pronostic aussi favorable. La muqueuse intestinale peut se

desquamer, s'infiltrer, le microbe pénètre alors dans la cavité péritonéale.

C'est ainsi que MM. Démelin et Maygrier ont trouvé chez une femme ayant présenté les symptômes d'une inflammation intestinale des brides molles et toutes les lésions d'une péritonite localisée récente.

Sur la vessie enflammée, comprimée par l'utérus gravide, nous pourrions faire les mêmes remarques que celles que nous venons de faire sur l'intestin placé dans les mêmes conditions. L'identité du coli-bacille et de la bactérie urinaire le permet. Mais laissons de côté ces pseudo-infections puerpérales pour arriver aux cas où le coli-bacille, parvenant dans la cavité utérine, y crée de ce fait une véritable infection puerpérale. La symptomatologie change. La fièvre augmente, le pouls devient plus fréquent, le facies est grippé, les lochies prennent de l'odeur. La palpation, excessivement douloureuse, fait constater un utérus mou, très augmenté de volume. Et, si on pratique le toucher, on peut noter des culs-de-sac chauds, empâtés, un col béant laissant facilement passer le doigt. Trouvant en effet, comme nous l'avons dit plus haut, un terrain tout préparé à sa culture, le coli-bacille détermine une deuxième infection, bien plus grave que la première.

Voici quelques observations de cette modalité d'infection :

OBSERVATION XIII

(CHANTEMESSE, WIDAL et LEGRY. — *Société médicale des Hôpitaux*, décembre 1891.)

Avortement au quatrième mois. — Obstruction par utérine. — Infection par coli-bacille. — Mort. — Autopsie. Absès. — Œdème entre utérus et les intestins. — Coli-bacille dans le péritoine, l'utérus, le cœur, le pus et le sang.

Une femme, au quatrième mois de sa grossesse, est atteinte d'obstruction intestinale par rétroversion utérine. Elle est prise de vomissements et d'accidents péritonéaux. La réduction du déplacement utérin amena une certaine amélioration, puis l'avortement eut lieu et les accidents reparurent. Elle avorte et la plaie utérine est infectée par le bactérium coli venu du péritoine.

On fit le curettage de l'utérus et on ramena des lambeaux fétides qui, ensemencés, donnèrent une culture pure de bactérium coli commune. La femme succomba. A l'autopsie, on trouva un abcès, des adhérences entre l'utérus et l'intestin, et on constata la présence du coli-bacille dans le péritoine, dans l'utérus, dans le cœur, dans le sang. Pas de lésions des plaques de Peyer. Les symptômes, la course de l'hyperthermie et l'évolution de cette maladie infectieuse ont été complètement différents de ceux de la fièvre typhoïde.

Cette observation, ajoutent les auteurs, montre comment l'utérus gravide et en rétroversion peut, en exerçant une compression sur l'intestin, en altérer les parois et permettre ainsi la migration du coli-bacille dans le péritoine.

OBSERVATION XIV

(*Archives de toxicologie et de gynécologie*, p. 888, 1894. — O. MACÉ.)

Avortement de quatre mois. — Entérite aiguë. — Envahissement de l'utérus par coli-bacille. — Mort. — Autopsie. — Coli-bacille à l'examen bactériologique.

Lag..., femme P..., entre, le 14 août 1894, baraque 6, hôpital Cochin. Au premier examen, femme pâle, yeux cernés, langue humide. Pas de céphalalgie, voix faible, pouls 124, mou, mal séparé et, par suite, difficile à compter. Douleurs intestinales, diarrhée. Il y a trois jours, a fait une fausse couche de quatre mois.

A l'examen du ventre, on est frappé du développement qu'il présente. Le tympanisme est très accentué, l'utérus est dur et facile à sentir au-dessus de la symphyse, la malade a été délivrée complètement en ville et naturellement.

Au niveau de l'ombilic, on voit une légère saillie transversale se dessiner sur la paroi, saillie sonore qui semble due à une anse intestinale. Pas de vomissements, douleurs dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche.

Les lochies sont fétides ; après un lavage externe et une injection vaginale, le doigt introduit dans le vagin sent facilement le col, de petits caillots et ramène des débris qui sentent très mauvais. Injection vaginale, puis intra-utérine. Glace sur le ventre. Extrait thébaïque, 0,10. Sulfate de quinine, 0,75. Benzonaphtol, 2 gr.

A quatre heures de l'après-midi, la malade présentant plus de 38°,5, est mise au bain à 25°. Les douleurs abdominales ne varient pas.

Le lendemain matin, à sept heures, 39°,1 ; nouveau bain.

Mort à cinq heures de l'après-midi, le 15 août, sans phénomènes bruyants.

Autopsie, le 17, au matin. Rien dans la cage thoracique, mais présence dans l'abdomen d'un liquide purulent collecté dans le petit bassin. Il y en a la valeur de deux verres. L'utérus est gros, vide. La face interne est noirâtre, couleur qui tient en grande partie à l'injection de permanganate de potasse.

L'examen bactériologique pratiqué par M. Achard décelé la présence de bacilles offrant tous les caractères du coli-bacille.

L'infection coli-bacillaire de l'utérus n'est pas toutefois fatalement subordonnée à des phénomènes morbides du côté des voies intestinales. Du rectum le coli-bacille peut arriver jusqu'au périnée, et, de là, pénétrer dans la matrice grâce à ses propres mouvements ou à une cause extérieure telle qu'un doigt, une canule.

OBSERVATION XV

(Résumée)

(EISENHART. — *Archiv. für Gynækologie* 1894, p. 189.)

Accouchement à terme. — Endo et périmétrie aiguë et suppurée. — Infiltration séro-purulente de cuisse droite. — Envahissement des voies urinaires. — Mort. — Autopsie. — Examen bactériologique : Présence du coli-bacille.

Femme K..., 30 ans, mariée, cinq enfants en dix ans. Dernières couches le 19 septembre 1893. Deux enfants vivants dont le dernier.

Tous les accouchements ont été laborieux, mais à suites normales, sauf le dernier. La femme a eu, en effet, de la

fièvre, des douleurs abdominales, des lochies purulentes, de l'œdème de la jambe droite. Ces symptômes se sont un peu améliorés. La malade n'a eu aucun trouble du côté du rectum ou de la vessie.

10 octobre. — Femme amaigrie, anémiée. Douleurs au niveau de la cuisse droite immobilisée. Aucun signe au poumon ou au cœur. Tympanisme léger de l'abdomen, sensibilité à la pression du côté droit. L'utérus est situé un peu en arrière et à droite de la ligne médiane. Vers son bord droit et s'étendant jusqu'à la partie latérale du bassin, est constaté un exsudat épais. Sur le museau de tanche existe une ulcération purulente. Cuisse droite immobile, très sensible. Selles normales, pas de diarrhées; rien du côté des urines. Température dans rectum, 40°,2; pouls, 122.

22 octobre. — Nouvelles douleurs. On constate une infiltration dure, douloureuse, s'étendant de quatre travers de doigt au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart; à la palpation profonde on perçoit une veine thrombosée sous forme d'une corde très douloureuse. Selles et urines normales.

8 novembre. — Température, 38°,3; pouls, 96; les douleurs ont diminué, de même l'infiltration. Au-dessus du ligament de Poupart, la peau est rouge. En cherchant la fluctuation on entend un bruit de glou-glou.

La cuisse droite, dans son tiers supérieur, est tuméfiée en totalité. La malade dit percevoir, dans sa vessie, des craquements et des glou-glou. Un peu de douleur à la miction au-dessus de la symphyse. Urines prises à l'aide du cathéter; elles sont odorantes, alcalines, contiennent de l'albumine et un peu de sang.

Densité, 1015. A l'examen microscopique corpuscules blancs, cellules épithéliales, absence de cylindres.

9 novembre. — La tuméfaction de la cuisse est augmentée; œdème du dos du pied droit, des grande et petite lèvres droites.

Dans l'abdomen, l'infiltration s'étend sur une largeur de quatre travers de doigt, allant en dehors vers l'épine

iliaque antéro-supérieure droite et en dedans jusque vers la symphyse.

Une incision est faite au point proéminent, fait issue une très grande quantité d'un pus bien lié teinté en vert, contenant des bulles d'air, à odeur spéciale non putride.

11 novembre. — Température, 37°,8. Pouls, 88.

Les douleurs, la tuméfaction diminuent. Plusieurs selles spontanées. La pression de l'incision fait sourdre un pus filant séreux.

L'amélioration continue les jours suivants; la malade se lève le 22.

27 novembre. — Diarrhée, céphalée, anorexie, vomissements. Pouls, 84 à 96; température non fébrile.

29 novembre. — Cylindres dans les urines, Œdème palpébral, infiltration au-dessus du ligament de Poupart.

4 décembre. — Etat stationnaire, les symptômes de néphrite sont cependant plus accusés.

6 décembre. — Température, 38°,8. Pouls, 126. La cuisse droite se tuméfie de nouveau.

Dans la nuit du 12 au 13, la malade succombe à la suite d'accidents urémiques très violents.

Autopsie faite le 14 décembre. Un peu d'exsudat dans les plèvres. Les lobes inférieurs pulmonaires sont congestionnés.

Dans la cavité péricardique, épanchement séro-hémorragique de la valeur de quelques cuillerées à bouche. Musculature cardiaque intacte.

Pas d'épanchement péritonéal; la séreuse a la consistance et la coloration normales.

Foie pâle. La coupe est lardacée. Rate petite, coupe gris-rouge, les reins sont petits, capsule facilement détachable. Tous les signes d'une dégénérescence parenchymateuse.

L'incision faite dans la fosse iliaque droite conduit dans une cavité remplie de pus de 0^m,06 de large et s'étendant jusque vers le promontoire. Les tissus avoisinants sont comme décollés.

Le rectum adhère à l'utérus par des cicatrices rétractées.

Le pus recueilli le 9 novembre, examiné avec toutes les précautions désirables, montre des coli-bacilles en grande quantité.

Ainsi donc, dans cette observation, aucune réaction péritonéale ni à l'inspection, ni à l'autopsie. Les premiers symptômes ont été ceux d'une endométrite puerpérale ; puis l'infection s'est portée sur le paramétrium droit, la cuisse droite, toujours en dehors du péritoine. Le coli-bacille venait du périnée. (Einsenhart.)

Le 8 novembre il a envahi seulement la vessie. Quant à la néphrite, il est vraisemblable qu'elle a été causée par l'élimination des toxines coli-bacillaires très virulentes, étant donné l'intensité de l'infection.

Dans toutes les observations que nous venons de rapporter, le tableau clinique de l'infection puerpérale est bien net.

La fièvre existe toujours, et on note des lochies purulentes fétides, des douleurs abdominales plus ou moins violentes. Est-ce à dire que, pour produire l'infection puerpérale, le coli-bacille devienne hyperthermique et pyogène ? Le cas suivant de M. Rendu répond à la question. « Ce n'est pas de la fièvre puerpérale proprement dite, quoique l'infection soit partie de l'utérus ; jamais il n'y a eu écoulement purulent par les voies génitales, de frissons, de fièvre, jamais de péritonite ; à l'autopsie, on n'a trouvé ni phlébite utérine, ni lymphangite

septique, et cependant l'utérus a été certainement le point de départ d'une endocardite végétante susceptible d'éveiller des accidents infectieux généraux et d'amener la même conséquence que l'infection puerpérale. » (Rendu.)

OBSERVATION XVI

(RENDU. — *Bulletin médical*, 1893, p. 819.)

Fausse couche de 7 mois. — Infection coli-bacillaire à point de départ utérin. — Endocardite. — Hémiplegie motrice droite avec aphasie. — Mort. — Autopsie. — Examen bactériologique. — Présence exclusive de colibacille.

Une femme de 30 ans est amenée dans le service de M Rendu le 12 décembre 1892, présentant tous les signes d'une hémiplegie motrice droite avec aphasie. Paralyse du côté droit complète, langue déviée à droite, pas de déviation conjuguée des yeux à gauche; pas de troubles pupillaires. Sensibilité spéciale et générale parfaitement conservée; en outre, incontinence d'urine et température, 37°,5.

Absence complète de tout renseignement sur la santé antérieure de la malade. Il semblait que l'on eût affaire à un accident récent, hémorrhagie ou ramollissement cérébral. En apparence, rien d'anormal du côté du cœur ni du côté de l'aorte.

Le 14 décembre, la prostration est moins accusée, la compréhension meilleure. La malade ne parlait pas encore, mais paraissait comprendre les questions. Mais deux symptômes nouveaux étaient apparus: la fièvre (39°) et la dyspnée (30 respirations).

Le 15 décembre, la malade fut auscultée de nouveau avec la conviction qu'il existait une endocardite ayant

amené l'embolie cérébrale. Battements du cœur absolument normaux, ni souffle, ni voussure précordiale.

Température 40°,5, cyanose considérable, pouls rapide et petit, respiration stertoreuse.

Mort le lendemain.

La veille de la mort, on obtint des renseignements très importants.

La malade était une vieille rhumatisante, qui avait autrefois présenté des accidents cardiaques ayant guéri. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle venait de faire une fausse couche de 7 mois, qui s'était d'ailleurs bien passée.

Elle s'était levée une semaine plus tard, sans ressentir ni fièvre ni frissons, et avait même pu reprendre son travail ; c'était dans ces conditions que, cinq jours après, était survenue une attaque avec perte de connaissance.

Dès lors il devenait facile de reconstituer les accidents : il y avait eu vraisemblablement infection utérine, puis endocardite septique et embolie cérébrale. Ainsi s'expliquent l'apparition rapide de la fièvre et des accidents comateux ultimes.

Autopsie : Symphyse cardiaque. Endocardite végétante de la mitrale. Rien dans foie, reins, rate. Oblitération de la sylvienne gauche et ramollissement cérébral. Utérus gros, mais normal ; nulle part il n'est ni friable, ni ramolli.

Muqueuse utérine recouverte de détritux pultacés, brunâtres, plus abondants qu'ils ne le sont quinze jours après une fausse couche. Trompes distendues par mucus et sang. Pas de péritonite ni d'infiltration purulente des lymphatiques.

Examen microbiologique, par l'interne M. Triboulet. — Il ensemença des débris de muqueuse de la trompe, deux heures après la mort ; puis, au moment de l'autopsie, le sang de la veine-cave et du cœur et la pulpe du foyer de ramollissement ; partout on obtint les colonies caractéristiques du *bacterium-coli* commune ; ni streptocoques, ni staphylocoques.

4^e Infection puerpérale due au vibrion septique

La rareté des complications des plaies ordinaires par le vibrion septique est due, écrit M. le Professeur Macé, à ce que anaérobie exclusif ce microbe ne peut vivre à la surface des tissus, mais seulement dans leur profondeur. Les anfractuosités de la cavité utérine, la putréfaction des résidus placentaires sont donc des conditions favorisant singulièrement le développement du micro-organisme. L'infection déterminée se remarque par l'intensité des symptômes : la septicémie gangréneuse en est souvent la conséquence. « C'est le microbe que les accoucheurs doivent surtout redouter (1). » En mars 1892, dans une discussion à l'Académie de médecine sur le méphitisme de l'air comme cause de la septicémie puerpérale, M. Guéniot, étant donné la faculté anaérobie du vibrion septique, accorde à ce microbe la plupart des infections par contact d'une atmosphère contaminée. Il en voit une preuve de plus en ce que les solutions phéniquées, auxquelles le vibrion septique est si sensible, ont toujours été employées avec efficacité chez les femmes infectées par des gaz délétères.

Il est à regretter que le contrôle bactériologique manque à cette opinion. Dans les archives de la Maternité de Nancy, nous n'avons jamais

(1) TARNIER. — *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique.*

vu relater d'infection puerpérale due exclusivement au vibrion septique. Dans une observation que nous rapporterons plus loin, ce microbe était associé au pneumocoque.

5° Infection puerpérale due au gonocoque.

Se basant seulement sur l'observation clinique, Kaltenbach, Sænger, Ahlfeld (1) avaient déjà conclu à l'existence d'une infection puerpérale de nature gonococcique. Kaltenbach fut surtout frappé de ce que nombre de mères dont les nouveau-nés étaient atteints d'une ophtalmie blennorrhagique présentaient elles-mêmes de la fièvre quelque temps plus tard. Krœnig, puisant les lochies dans l'utérus même à l'aide de tubes capillaires, a constaté la présence du gonocoque dans les lochies de neuf accouchées. Il trouva toujours une culture pure et riche, surtout du quatrième au cinquième jour de couches. L'une de ces accouchées n'eut pas de fièvre ; les autres présentèrent une température élevée. Chez quatre femmes, le thermomètre ne dépassa pas 38°,5 ; chez les quatre autres il monta jusqu'à 40°,2. Les accidents disparurent, dit Krœnig, sans aucun traitement.

Quelques années plus tard, Burckhardt, examinant les sécrétions pathologiques de trente-deux femmes enceintes, y décéla dix-neuf fois

(1) D'après KLEIN. — *Monatsh. für Gyn.*, 1895.

le gonocoque, c'est-à-dire une proportion de 59,38 p. 100.

La moitié de ces femmes tombèrent malades pendant les suites de couches, présentant de la fièvre et des lochies purulentes.

Whitridge Williams (1) rapporte aussi quelques cas d'infection puerpérale d'origine gonococcique ; la guérison serait toujours survenue. La bénignité n'est pas toutefois le lot constant de ces accidents. Veit aurait observé des péritonites généralisées à gonocoque.

A la Maternité de Nancy et au service des vénériennes, on n'a jamais observé d'infection grave durant leurs suites de couches chez les femmes atteintes d'écoulement gonorrhéique. Mais toujours les manifestations locales ont augmenté notablement.

Dans son service, M. Bar a fait les mêmes constatations et a de plus appelé l'attention sur la fréquence des manifestations articulaires dans la période puerpérale.

Dans la grande majorité des cas, les accidents débutent assez tard dans le puerpérium et malgré une symptomatologie très accusée paraissent cesser rapidement après un traitement approprié.

Témoin cette observation, qui nous montre en outre l'influence sur les suites de couches d'une infection contractée pendant la grossesse.

(1) *Amer. Journal of the med. Sc.*, juillet 1893.

OBSERVATION XVII

(DU BOUCHET. — *Ann. de Gyn.*, 1897, p. 364.)

Infection puerpérale à gonocoques.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui contracte la blennorrhagie au cours de sa grossesse; elle accouche chez une sage-femme, qui lui fait des injections vaginales antiseptiques matin et soir.

Pendant les neuf ou dix jours que la malade reste chez la sage-femme, elle a des suites de couches parfaitement normales. Elle rentre chez elle et cesse non seulement les injections vaginales antiseptiques, mais encore toute espèce de soins de propreté. Au bout de peu de jours elle se sent prise de malaise, de fièvre, est obligée de prendre le lit et de se faire transporter à l'hôpital.

A son entrée, elle a 39°,5 de température et du pus s'écoule à flots de l'utérus. Dans ce pus, l'examen et les cultures ne montrent que du gonocoque. Il a suffi de lavages intra-utérins largement faits avec la solution au permanganate de potasse pour guérir la malade. Non seulement il n'y avait plus d'écoulement venant de son utérus et il n'y avait plus de fièvre, mais encore plusieurs examens répétés n'ont permis de trouver aucun microbe dans son utérus au moment où elle a quitté l'hôpital.

Si l'état aigu de l'infection puerpérale gonococcique ne tarde pas à se dissiper, il ne faudrait pas cependant considérer la malade comme guérie d'une façon complète. Nombre de ces femmes conservent dans la trompe, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, des gonocoques à virulence atténuée, dont elles ne

pourront se débarrasser qu'à grand'peine. Sur 230 cas d'affections gonorrhéiques des annexes, Sænger a pu ainsi en voir 35 fois remonter l'origine à la période puerpérale. Et, étant donné la fréquence des accidents tant précoces que tardifs, cet auteur n'hésite pas à dire que l'infection gonococcique puerpérale constitue en réalité le type le plus pur de l'auto-infection, avec cette restriction qu'elle n'est pas produite par les micro-organismes de l'infection des plaies.

6° Infection puerpérale due aux bactéries de la putréfaction

Une infection puerpérale relevant exclusivement des microbes de la putréfaction doit être considérée comme très problématique, sinon comme très rare. Quelques auteurs allemands l'admettent. Pour eux existeraient deux formes différentes d'infection puerpérale : l'une, infection saprémique, due à la seule présence des microbes de la putréfaction ; l'autre, infection septique, dans laquelle ces microbes favoriseraient en plus le développement des bactéries pathogènes.

Ces micro-organismes figurent dans les planches de la thèse de M. Widal, mais cet auteur ne leur concède aucune importance : la muqueuse utérine, véritable filtre, ne les laissant pas passer. En réalité, ces bactéries sont retrouvées à l'intérieur du muscle utérin (figures

de l'ouvrage de Pinard et Wallich) et dans les lésions annexielles conjointement à d'autres micro-organismes. Leur grand rôle consisterait, en effet, à renforcer la vitalité des agents septiques.

Bien des endométrites, en raison de la fétidité des lochies et de la chute rapide de la fièvre après le curettage de la cavité utérine, sont classées sous le nom de putrides ; cependant, si des recherches bactériologiques rigoureuses sont effectuées, nombre de micro-organismes septiques sont décelés. C'est ainsi que, sur 11 cas d'endométrite en apparence purement putride, Bumm n'a vu que trois fois les germes pathogènes ne pas se développer. Et encore cet auteur n'en a même pas la certitude absolue, ne disposant que d'une très petite quantité de substance putride pour l'ensemencement.

Hauser est plus affirmatif. Dans son premier travail sur les micro-organismes de la putréfaction, il signale un cas d'endométrite à proteus où il n'a pu découvrir que ce microbe.

Achalme, qui en France a bien étudié ces bactéries, leur accorde seulement la faculté d'activer la virulence du streptocoque et de le rendre capable de jouer un rôle pathogène alors qu'il était inoffensif auparavant. Cette opinion semble d'autant plus vraie que des cas de putréfaction fœtale intra-utérine sont cités comme n'ayant pas causé d'accidents infectieux chez la mère.

La forme mixte, endométrite putride et septique, paraît donc être la règle ; et bactéries de la putréfaction, microbes septiques, concourent à infecter la nouvelle accouchée.

7° Infection puerpérale due à des microbes divers.

Dans la littérature médicale (1) nous trouvons un cas d'infection puerpérale à pneumobacilles de Friedlander. L'examen bactériologique ayant été fait un mois après l'accouchement, et les crachats ayant été les seuls objets de ces recherches, nous ne ferons que citer cette observation.

La fausse membrane n'étant pas un produit caractéristique du bacille de Klebs-Löffler, le streptocoque (Widal), le pneumocoque (observations de la Maternité de Nancy) en donnant, nous devons nommer ce micro-organisme comme cause d'infection puerpérale variété pseudo-membraneuse. Dans ce cas, l'examen bactériologique est de la plus haute importance au point de vue de la conduite à tenir. Longyear (2) rapporte ainsi six observations d'infection puerpérale due au bacille de Löffler. L'examen bactériologique a porté sur les lochies et sur les fausses membranes du col utérin.

(1) ROBINSON. — *Traitement de l'infection puerpérale.*

(2) LONGYEAR. — *Amer. Jour. of obst.*, octobre 1897.

Dans cinq de ces observations, on a fait aux malades des injections de sérum antidiphthérique et elles ont guéri. La sixième femme a succombé, mais à noter que par mégarde on avait fait une injection de sérum antistreptococcique.

CHAPITRE IV

Infection puerpérale polymicrobienne

La plaie utérine, nous venons de le voir, peut donc être infectée séparément par le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le gonocoque, le vibrion septique, le bacterium-coli et les bactéries de la putréfaction.

Souvent plusieurs de ces microbes se réunissent en véritables associations bactériennes et concourent ainsi à infecter l'organisme. Les uns, par leur seule présence, renforcent la nocivité amoindrie de certaines espèces pathogènes ; les autres, par leurs produits de sécrétion, empêchent la diapédèse, la phagocytose, diminuent la puissance bactéricide du sérum sanguin et préparent en conséquence la venue d'une infection ultérieure ; d'autres enfin, altérant les couches superficielles de la muqueuse utérine, créent et favorisent la pénétration des agents des lésions annexielles.

Le *proteus vulgaris* cause rarement à lui seul une infection puerpérale.

La plupart du temps, son rôle consiste à activer, à renforcer la virulence affaiblie d'un microbe pathogène. Pour le prouver, Monti (1) inocule en même temps que des produits toxiques sécrétés par ce saprophyte des cultures atténuées de streptocoque, de pneumocoque ; aussitôt ces diverses espèces réacquièrent leur virulence endormie. « Le *proteus vulgaris* et le streptocoque, disent MM. Doléris et Bourges (2), se développent parallèlement, exaltent réciproquement leur virulence d'une façon comparable à l'union du bacille de Loeffler, du bacille d'Eberth avec le streptocoque. Outre cette action de présence propre à l'espèce, doit entrer en ligne de compte l'affaiblissement de l'organisme occasionné par les toxines sécrétées. Fort puissante est donc l'aide apportée par le *proteus vulgaris* aux microbes septiques ; et si l'on songe à la fréquence des signes de putridité dans l'infection puerpérale, on voit la part importante que prend cet agent dans la production de cette maladie.

Nous retrouvons encore cette exaltation de virulence d'un microbe par la présence d'un autre dans l'association du streptocoque avec le coli-bacille. (Bezançon.) C'est ainsi qu'en 1897, pendant notre stage à la Maternité, une

(1) *Acc. dei Lincei*, 1889, n° 7.

(2) *Nouvelles Archives de Gynécologie*, 1892.

femme infectée par ces microbes réunis présentait des symptômes excessivement intenses et ne tarda pas à succomber, malgré des irrigations intra-utérines antiseptiques, malgré plusieurs injections de sérum antistreptococcique.

Dans l'association, un rôle mécanique appartiendrait particulièrement au gonocoque. Altérant les couches superficielles de la muqueuse utérine, il favoriserait ainsi la pénétration des agents infectieux. De fait, Sænger a noté la fréquence des localisations para-utérines de l'infection puerpérale chez les femmes atteintes de métrite blennorrhagique.

Que ce soit par action corrélatrice ou exaltation réciproque de virulence, l'association microbienne semble provoquer de ce fait un pronostic plus sévère. Plusieurs des observations ci-dessous le prouvent. Influent toutefois tant de conditions venant soit de la nouvelle accouchée, soit de l'agent pathogène, qu'on aurait grand tort de généraliser cette opinion. Il existe des infections polymicrobiennes bénignes comme il existe des infections monomicrobiennes bénignes. La localisation ou la généralisation de l'infection, la plus ou moins grande virulence du ou des microbes, tels sont les faits qui peuvent permettre de poser un pronostic.

OBSERVATION XVIII

(Maternité de Nancy, 1897. — Observation n° 476.)

Avortement de 3 mois 1/2. — Rétention du placenta. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle. — Présence dans le sang et le liquide utéro-cervical de coli-bacilles et de streptocoques. — Mort au huitième jour. — Autopsie.

Augustine B..., 18 ans, enceinte de 3 mois 1/2, fait une chute le 20 novembre au matin.

Le 21, après de violentes douleurs et une hémorrhagie qui dure depuis 4 heures du matin, elle expulse à 8 heures un fœtus enveloppé de ses membranes. L'hémorrhagie persiste ; à 4 heures de l'après-midi, on fait appeler un médecin, qui constate la rétention du placenta, et, vu les conditions défectueuses du milieu, applique un tampon et envoie la malade à la Maternité.

Des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de sérum artificiel, sont aussitôt administrées. Le chef de clinique procède à l'évacuation complète de l'utérus, administre une injection antiseptique intra-utérine, applique un tampon à la gaze iodoformée. On a préalablement remédié au manque de soins antiseptiques de l'entourage de la malade.

Pouls, 160 ; température, 38°,4. Traces d'albumine dans les urines.

22 novembre. — Pendant la nuit, la femme a vomi plusieurs fois. Elle accuse des coliques qui cessent après le retrait du tampon. Quelques frissons, absence de hoquet et de ballonnement abdominal. Deux injections intra-utérines qui ramènent des débris en petite quantité.

Matin : température, 37°,8 ; pouls, 140.

Soir : température, 38°,2 ; pouls, 156.

Le 23, diarrhée toute la nuit. Herpès péri-buccal. Facies coloré. Ecoulement fétide. Injections antiseptiques vaginales et intra-utérines.

Matin : température, 38°,2 ; pouls, 128.

Soir : température, 38°,8 ; pouls, 144.

Le 25, lochies de plus en plus fétides. Frissons à plusieurs reprises. Douleurs très violentes dans le ventre. Injections intra-utérines ; 20 cent. cubes de sérum anti-streptococcique sont administrés.

Matin : température, 39°,2 ; pouls, 128.

Soir : température, 38°,3 ; pouls, 134.

Le 26, frissons à plusieurs reprises ; respiration difficile, bruyante ; toux. Injections intra-utérines. Injections sous-cutanées de sérum artificiel, de caféine, de sérum de Marmoreck.

Matin : température, 39°,3 ; pouls, 130.

Soir : température, 38°,5 ; pouls, 120.

Le 27, la malade se plaint de plus en plus. Nombreux accès de toux. Toujours des frissons. Injections intra-utérines.

Température : matin, 38°,2 ; soir, 40°.

Pouls : matin, 140 ; soir, 160.

Le 28, frissons qui durent 25 minutes ; selles diarrhéiques ; agitation constante. La mort arrive à 4 heures de l'après-midi.

L'autopsie est faite le 29.

Malgré le peu de temps écoulé depuis la mort, tous les organes sont le siège d'une putréfaction très avancée, qui cache complètement les lésions pathologiques qui pourraient exister.

Examen bactériologique. — Les cultures et les inoculations du liquide utérin pris le 24 montrent qu'il s'agit de streptocoques et de coli-bacilles. Des cultures du sang sur gélose, sérum solide et bouillon, sont envahies par le coli-bacille ; celles sur sérum liquide démontrent seules la présence de streptocoques.

OBSERVATION XIX

(DU BOUCHET. — *Ann. de Gynécologie*, 1897, p. 369.)

Infection post-abortum. — Staphylocoques. — Streptocoques. — Coli-bacilles. — Bactéries de la putréfaction.

Joséphine R..., femme H..., âgée de 37 ans, entre le 3 novembre 1895, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat.

Cette femme entre à l'hôpital pour une fausse couche de 3 mois qui s'accompagne de rétention placentaire ; 37°,8 de température.

Le 4 novembre, on lui évacue l'utérus par un curettage et on place un drain.

Elle meurt le 5 novembre dans la nuit, avec 39°,2 de température.

Le 6 novembre, on pratique l'ablation de l'utérus, n'ayant pu faire une autopsie complète. Cet organe est gros, mou, sans abcès dans la paroi ; ligaments larges normaux ; pas d'épanchement péritonéal. L'utérus est vide complètement ; sa face interne, lisse, est recouverte d'un enduit semblable à de la boue brune.

L'ensemencement sur gélose donne des colonies de staphylocoque blanc et doré, de streptocoque et de colibacille ; numériquement, ce sont les colonies de ce dernier microbe qui prédominent.

Les grosses bactéries anaérobies sont constatées dans les frottis et dans les coupes de l'utérus ; elles se trouvent en différents points de la préparation, surtout nombreuses dans la couche sous-péritonéale où elles forment de véritables amas ; on en voit également le long de certains vaisseaux thromboses.

OBSERVATION XX

Pneumocoque et vibrion septique.

A la Maternité de Nancy, meurt, le jeudi 3 décembre 1897, quelques jours après ses couches, une femme atteinte d'éclampsie et ayant présenté des symptômes d'infection puerpérale : fièvre, lochies odorantes.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Thiry, donne les résultats suivants :

Urine, tissus hépatique, rénal, pulmonaire, présence exclusive de pneumocoques. Dans le sang et l'utérus se trouvent en plus des vibrions septiques caractérisés par des cultures et des inoculations. Dans la moelle, absence complète de micro-organismes.

OBSERVATION XXI

(DU BOUCHET. — *Ann. de Gyn.*, 1897, p. 372.)

Infection puerpérale à bactérium coli, streptocoques, staphylocoques, bactérie de la putréfaction.

Marie Ch..., primipare, 24 ans, entre, le 13 janvier, à la clinique Baudelocque, dans un état de malpropreté extrême.

Albuminurie considérable. Température, 36°,9. Pouls, 78. Bassin vicié nécessitant une symphysiotomie suivie d'une extraction par version podalique. Forte hémorrhagie au moment de la délivrance artificielle. Déchirure du vagin.

14 janvier. — Température : matin, 38°; soir, 38°,5. Injection de dix grammes de sérum de Marmoreck et de 500 grammes de sérum artificiel.

Depuis cette époque jusqu'au 25 janvier, la température oscille entre 38° et 40° ; des frissons accompagnent les élévations, des injections de sérum de Marmoreck sont faites pendant les quatre premiers jours.

Le 25, température, 40°,2 matin et soir. Ecoulement sanieux abondant venant du vagin ; irrigation vaginale continue.

Le 26, température, 41°,5. La malade meurt.

Autopsie le 27. Dans le cul-de-sac vésico-utérin, une cuillerée à café de liquide louche dont M. Marmoreck fait une prise pour l'examen bactériologique. A droite de l'utérus et de la vessie on voit par transparence un épanchement sous-péritonéal qui paraît fuser le long de l'iliaque externe et qui s'étend un peu dans la fosse iliaque droite.

Derrière la plaie symphysienne on tombe sur une poche dans laquelle on pourrait loger une noix ; les parois de cette loge sont sphacélées ; elle contient un liquide d'odeur infecte dont on fait une prise.

De la plaie opératoire on pénètre dans deux diverticules s'étendant l'un à droite, l'autre à gauche et remplis de liquide sanieux.

Prise de sang dans le ventricule droit. Foie muscade, 2 kilogr. Rate, 400 gr. A la coupe, les trois quarts internes de l'utérus sont gorgés de pus, le segment externe en paraît exempt ; le col utérin est sphacélé.

Examen bactériologique :

Le liquide péritonéal contenait du bactérium coli à l'état de pureté ; au niveau de la plaie opératoire on trouvait : des streptocoques, des staphylocoques, du coli-bacille et un bacille anaérobie fin se colorant par la méthode de Gram ; au niveau du col utérin il y avait du coli, du streptocoque et deux espèces de bacilles anaérobies, celui vu plus haut, et un autre ayant les dimensions et l'aspect de la bactéridie charbonneuse, se colorant également par la méthode Gram. Le sang du cœur ne contenait pas de microbes.

Les coupes de l'utérus ont montré deux particularités

méritant d'être retenues : les microbes occupaient les veines et les lymphatiques jusqu'à un centimètre environ du péritoine et la thrombose des vaisseaux, s'étendant plus loin, paraissait avoir apporté un obstacle à leur progression au-delà. D'autre part, ces microbes étaient représentés par trois espèces au moins : staphylocoque, streptocoque et le bacille anaérobie fin décrit ci-dessus.

OBSERVATION XXII

(KLEINKNECHT. — Thèse de Strasbourg, 1895.)

Joséphine P..., secondipare. Paramétrite du côté gauche.

Guérison.

Au douzième jour de la maladie fut faite une prise d'environ un centimètre cube et demi. Le liquide est doré, ayant une légère odeur fétide.

Dans les préparations microscopiques on reconnaît à côté de nombreux cocci des bactéries.

Sur gélatine et sur agar on différencie des cultures de staphylococcus pyogenes aureus, bactérium coli et de protéus vulgaris.

OBSERVATION XXIII

(KLEINKNECHT. — Thèse Strasbourg, 1895.)

Adèle K..., Vpare. Avortement. Exsudat purulent du cul-de-sac de Douglas. Opération et guérison.

Le pus est de couleur verte, ayant une odeur spéciale.

A l'aide de cultures on décèle des staphylocoques pyogènes, des streptocoques pyogènes, des coli-bacilles.

CHAPITRE V

Considérations générales

Le signe principal, souvent le seul, de l'infection puerpérale, est une fièvre plus ou moins intense, qui se traduit par l'accélération du pouls et l'élévation de température. Ces symptômes existent constamment dans l'infection due au streptocoque. Il en est de même dans les infections dues à d'autres micro-organismes. Dans toutes nos observations, en effet, où nous avons pu avoir les renseignements cliniques, se trouvent consignées, sauf dans une seule, celle de M. Rendu, une élévation de température plus ou moins forte et une accélération du pouls plus ou moins accentuée. L'infection coli bacillaire ne fait pas exception à la règle : le thermomètre atteint et dépasse même 39° dans les observations XIV et XV.

La marche thermique ne donne également aucun renseignement sur la variété de l'agent infectieux. Que ce soit le streptocoque ou un

autre microbe, on constate les mêmes oscillations, les mêmes durées de la fièvre.

Relativement au moment du début ainsi qu'aux symptômes qui peuvent manquer, une même analogie existe entre l'infection puerpérale streptococcique et l'infection puerpérale non streptococcique. La plupart du temps, la maladie débute vers le deuxième jour. Quant aux lochies pathologiques, nous les trouvons notées dans les infections à staphylocoques, à coli-bacilles, à gonocoques. Les frissons ne sont pas non plus l'apanage d'un seul agent infectieux ; nous les constatons, causés par le staphylocoque, dans les observations II et IV.

Pour les complications, une ressemblance complète existe également. Ce sont les résultats possibles de toutes les infections utérines, quel que soit l'agent causal. Nous notons des salpingites, des péritonites, des inflammations péri-utérines à gonocoques, à coli-bacilles, à staphylocoques, des phlegmatia alba dolens à coli-bacilles (Demelin et Parmentier, Dumont) ; l'envahissement du sang et des divers organes par le staphylocoque, le coli-bacille, le vibrion septique, le pneumocoque.

A notre époque, où la vulgarisation des pratiques antiseptiques rend de plus en plus rares les infections puerpérales, où en conséquence les symptômes sont considérablement amenés (Labadie-Lagrave), ne peut plus entrer en ligne de compte le principe de certains accou-

cheurs, de considérer les infections à manifestations malignes comme relevant exclusivement du streptocoque.

Étrange est d'ailleurs cette opinion, vu les cas suivis de mort et dus au staphylocoque, au coli-bacille, au pneumocoque... Interviennent en effet dans la marche de l'infection, outre la quantité et la qualité de l'agent pathogène, l'état et la situation de la nouvelle accouchée.

Réduit à ses propres ressources, le clinicien ne peut donc faire que le diagnostic de la localisation ou de la généralisation de l'infection puerpérale. « On diagnostique cliniquement une infection puerpérale, on ne diagnostique pas si c'est une infection due au staphylocoque, au streptocoque, au bacterium-coli ou à un autre microbe. L'infection puerpérale ne tient sa physionomie spéciale que de la porte d'entrée de l'infection (1). »

La plaie utérine se comporte donc comme toutes les autres plaies; elle peut être infectée par les différents microbes pathogènes, seuls ou associés, les retenir ou les laisser pénétrer dans l'économie. Partis de la cavité utérine, ces micro-organismes iront soit provoquer des foyers purulents disséminés, soit déterminer des phénomènes de septicémie sans suppuration. N'envahissant pas l'organisme de la nouvelle accouchée, ils fabriqueront dans le foyer purulent des poisons qui causeront des symptômes de toxémie.

(1) WALLICH. — *Congrès des Sciences médicales de Moscou.*

Le plus souvent, l'examen bactériologique le prouve, c'est le streptocoque pyogène qu'il faut incriminer dans l'infection puerpérale. Mais si cet agent peut résumer toute la pathologie (Achard), il en est de cette simplification comme de beaucoup, elle est faite aux dépens de cas assez communs et fort intéressants.

Comme conclusion pratique, avant d'instituer comme traitement de l'infection puerpérale des injections de sérum antistreptococcique, le médecin devra toujours procéder à l'examen bactériologique. Cette idée semble d'autant plus vraie que ce sérum n'agirait que sur quelques espèces de streptocoque (J. Courmont). Et, de fait, les insuccès de ce sérum ne se comptent plus (Landouzy). Peu importe donc au praticien la variété bactériologique qui cause l'infection. Dans tous les cas, le traitement sera le même : injections vaginales et intra-utérines antiseptiques, curage, curetage.

Dans le cours de cette étude nous avons vu combien étaient nombreuses les origines de l'infection puerpérale ; nous avons vu que si la nouvelle accouchée pouvait être infectée, elle pouvait également, dans certains cas, s'infecter elle-même. Lorsque donc à cause d'une maladie passée ou présente on aura à redouter cette auto-infection on devra toujours user préventivement de tous les moyens antiseptiques : « Pendant que nous défendons la citadelle contre l'invasion de l'ennemi extérieur, il ne

faut pas oublier de la protéger contre la guerre qui pourrait se déclarer dans son intérieur même (1). »

(1) Barnes. — *Congrès de l'Association médicale de la Gr. Bretagne*. Dublin, 1887.

CONCLUSIONS

I. — L'infection puerpérale n'est pas due exclusivement au streptocoque pyogène.

II. — De nombreux microbes peuvent en outre la provoquer, principalement le staphylocoque, le coli-bacille et le pneumocoque.

III. — L'infection puerpérale est dans certains cas polymicrobienne.

IV. — Le diagnostic clinique de l'agent infectieux est impossible à faire.

V. — Avant d'instituer un traitement sérothérapique, il y a nécessité de procéder à un examen bactériologique.

VU :

Le Président de la Thèse,

E. DEMANGE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 7 avril 1899.

Le Recteur,
A. GASQUET.

Le Doyen,
GROSS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DOLÉRIS. — Essai sur les accidents infectieux des suites de couches, 1880.
- A. FRAENKEL. — *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1884, n° 14.
- CUSHING. — *Boston med. and surg. Journal*, 1885.
- NOEGGERATH. — *Amer. Journ. of obstetr.*, 1886.
- DOEDERLEIN. — *Gesellschaft für Geburts. zu Leipzig*, 16 janvier 1888.
- BRIEGER. — Infection puerpérale à staphylocoques (*Charité-Annalen*, 1888).
- WEICHELBAUM. — Infection puerpérale à pneumocoques (*Wien. Kl. Wochenschr.*, 1888.)
- WIDAL. — Etude sur l'infection puerpérale (Thèse Paris, 1889)
- HAUSHALTER. — Recherches bactériologiques sur l'infection puerpérale (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1890).
- CHANTEMESSE, VIDAL et LÉGRY. — Infection coli-bacillaire (Société médicale des Hôpitaux, décembre 1891).
- DOEDERLEIN. — *Infektionsquelle und Infektionswege bei Puerperalfieber* (Leipzig, 1891).
- BUMM. — Recherches histologiques sur l'endométrite puerpérale (Traduct. in *Annales de Gynécologie*, 1892).
- LABADIE-LAGRAVE et GOUGET. — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui (*Ann. de Gynécologie*, 1891).
- SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE, 23 avril 1892. — L'auto-infection puerpérale.

- EISENHART. — *Puerperale infection durch bacterium-coli commune* (*Archiv für Gynecol.*, 1894).
- BIARBACCI. — *Reperto batteriologico in due casi di suppurazione delle vie bilari* (*Lo Sperimentale*, 1892, p. 457).
- GIRODE. — L'ictère dans les infections (*Archives de Médecine*, 1892).
- DOLÉRIS. — Un point historique à propos du streptocoque puerpéral (*Archives d'obstétrique*, 1892).
- BASSET. — Des septicémies puerpérales atténuées (Thèse Paris, 1893).
- CZEMETSCHKA. — Infection puerpérale à pneumocoques. (*Prag. med. Woch.*, 1894, n° 19.)
- G. ÉTIENNE. — Les pyo-septicémies médicales (Thèse Nancy, 1893).
- RENDU. — Infection puerpérale coli-bacillaire (*Bulletin médical*, 6 septembre 1893).
- SECHEYRON. — Auto-infection puerpérale post-partum (*Archives de Tocologie*, janvier 1893).
- SABRAZÈS. — Infection puerpérale à staphylocoques (*Gazette des Hôpitaux*, 27 septembre 1894).
- DEMELIN et PARMENTIER. — De l'infection puerpérale (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1893, p. 631).
- DUMONT. — Pseudo-infection puerpérale coli-bacillaire (*Archives de Tocologie*, 1894).
- PRIOLEAU. — Puerpéralité et microbisme préexistants (*Archives de Tocologie*, 1894).
- BARBIER. — Les pseudo-infections puerpérales (Thèse Paris, 1894).
- TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, 1895.
- KLEIN. — La blennorrhagie chez la femme (*Monatsh. für Gyn.*, 1895).
- KLEINKNECHT. — Contribution à l'infection dans la fièvre puerpérale (Thèse Strasbourg, 1895).
- HERRGOTT. — Infection puerpérale à pneumocoques (Société de médecine de Nancy, 26 mai 1897).

SCHUHL. — Infection puerpérale à pneumocoques (*Revue médicale de l'Est*, 1897).

Du BOUCHET. — Remarques sur sept cas d'infection puerpérale (*Ann. de Gyn.*, 1897).

ROBINSON. — Traitement de l'infection puerpérale, 1897.

LONGYEAR. — *Puerperal diphtheria* (*Amer. Journ. of Obst.*, octobre 1897).

FRAENKEL. — Infection puerpérale staphylococcique (Société de médecine de Berlin, 6 décembre 1897).

TRIBEMONT-DESSAIGNE. — *Précis d'Obstétrique*, p. 1300 et suivantes.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique et état de la question.....	9
CHAPITRE II. — L'infection puerpérale utérine.....	19
CHAPITRE III. — Les infections puerpérales monomicrobiennes.....	29
1° Infection puerpérale due au staphylocoque.....	29
2° Infection puerpérale due au pneumocoque.....	40
3° Infection puerpérale due au colibacille.....	47
4° Infection puerpérale due au vibrion septique	57
5° Infection puerpérale due au gonocoque.....	58
6° Infection puerpérale due aux bactéries de la putréfaction.....	61
7° Infection puerpérale due à des microbes divers	63
CHAPITRE IV. — Les infections puerpérales polymicrobiennes	65
CHAPITRE V. — Considérations générales..	75
CONCLUSIONS	81
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	83

